

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในโรงพยาบาลสมุทรสาคร

Immediate Postpartum Hemorrhage in Samutsakhon Hospital

สมบัติ บุญโต พ.บ., ว.ว.สูตินรีเวชวิทยา
กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม
โรงพยาบาลสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

Sombat Bunto M.D., Certified Board of OBGYN
Division of Obstetrics and Gynecology
Samutsakhon Hospital, Samutsakhon

บทคัดย่อ

ศึกษาอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร ตั้งแต่วันที่ 1 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2547 ถึงวันที่ 30 เดือนกันยายน พ.ศ. 2548 จำนวน 6,435 คน

พบมีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก 72 คน คิดเป็นร้อยละ 1.12 สาเหตุ คือ มดลูกไม่หดตัว ร้อยละ 65.2, รกค้าง ร้อยละ 27.8 และการบาดเจ็บของอวัยวะสืบพันธุ์ จากการฉีกขาดของช่องคลอด ร้อยละ 2.8, การฉีกขาดของปากมดลูกร้อยละ 2.8 และภาวะก้อนเลือดคั่งหลังการคลอดบุตรร้อยละ 1.4

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก คือ ฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง, มีภาวะโลหิตจาง ได้ยา Syntocinon ก่อนคลอด และวิธีการคลอดโดยสูติศาสตร์หัตถการ โดยใช้เครื่องดึงสุญญากาศ

การตกเลือดหลังคลอด เป็นสาเหตุสำคัญของการตายของมารดาในสูติกรรม การวินิจฉัย การดูแลรักษา และการป้องกันภาวะนี้จะช่วยลดการตายและทุพพลภาพในมารดาได้

ABSTRACT

A retrospective study was undertaken to study the incidence, cause and predisposing factors of immediate postpartum hemorrhage in women that delivered at Samutsakhon Hospital during 1 October 2004–30 September 2005.

We found that 72 of 6,435 (1.12%) had immediate postpartum hemorrhage. Cause of immediate postpartum hemorrhage was uterine atony (65.2%), retained placenta (27.8%), vaginal laceration (2.8%), cervical laceration (2.8%) and puerperal hematoma (1.4%).

Predisposing factors of immediate postpartum hemorrhage was incomplete ANC (less than 4 times), anemia, following oxytocin-induced or augmented labor and vacuum extraction delivery.

This study suggested that postpartum hemorrhage was important. Prompt recognition, prevention and management of immediate postpartum hemorrhage were important to reduce maternal morbidity and mortality.

บทนำ

ปัจจุบันสาเหตุการตายของมารดาในระดับประเทศที่สำคัญ ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อจากการคลอด แท้งบุตร และภาวะความดันเลือดสูง จากการตั้งครรภ์ หรือมีการชักร่วมด้วย

จากสถิติสาธารณสุข กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พบว่าสาเหตุการตายของมารดาในลำดับแรก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2511 จนถึงปัจจุบัน ยังไม่เปลี่ยนแปลง ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอด^{1,2} ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ปี พ.ศ. 2547 พบมารดาตายจากการตกเลือดหลังคลอด 2 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ของการตายของมารดา

ความหมาย

การตายของมารดา (Maternal mortality) คือ การตายของสตรีขณะที่ตั้งครรภ์ หรือภายใน 42 วันหลังจากการตั้งครรภ์ยุติ⁴

การตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage, PPH) หมายถึง การเสียเลือด ผ่านทางช่องคลอด ภายหลังจากทารกคลอดในปริมาณมากกว่า 500 มล. หรือร้อยละ 1 ของน้ำหนักตัวของมารดา^{1,2} แบ่งได้เป็น 2 แบบตามระยะเวลาของการเกิดการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่

1. การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ได้แก่ การตกเลือดที่เกิดขึ้นภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมง แรกหลังคลอด
2. การตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง ได้แก่ การตกเลือดที่เกิดขึ้น ภายหลังจากคลอด 24 ชั่วโมง ไปแล้วจนถึง 6 สัปดาห์ ภายหลังจากคลอด^{1,2}

อุบัติการณ์

พบได้ประมาณร้อยละ 5-10 ของการคลอด ส่วนใหญ่เป็นการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก และน้อยกว่าร้อยละ 1 ที่เป็นการตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง^{3,7,10}

สาเหตุและเหตุส่งเสริม

1. มดลูกไม่หดตัว (uterine atony) พบว่าเป็น

สาเหตุถึงร้อยละ 90 โดยมีปัจจัยส่งเสริม ดังต่อไปนี้

- ระยะคลอดยืดเยื้อยาวนาน หรือ ระยะคลอดเร็วมาก (precipitate labor)
- มดลูกขยายหรือยืดตัวมากเกินไป เช่น ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ ทารกตัวโต (macrosomia)
- การคลอดที่ต้องใช้หัตถการต่าง ๆ เช่น การใช้มือเข้าไปหมุนเปลี่ยนท่าทารกในโพรงมดลูก การทำคลอดด้วยคีม เป็นต้น
- การให้ยาสลบโดยเฉพาะกลุ่ม halothane หรือ ether
- เคยคลอดบุตรหลายคน โดยเฉพาะที่เคยมีประวัติการตกเลือดหลังคลอดมาก่อน
- มีแผลที่ตัวมดลูกมาก่อน เช่น เคยผ่าตัดทำคลอด ผ่าตัด เนื้องอกมดลูก หรือ Myomectomy
- มีเนื้องอกที่ตัวมดลูกซึ่งขัดขวางการหดตัวของมดลูก
- มีการติดเชื้อภายในโพรงมดลูก คือ เยื่อหุ้มเด็กอักเสบติดเชื้อ
- รกลอกตัวก่อนกำหนด และมี couvelaire uterus
- มดลูกล้า (inertia) ในระยะคลอดโดยไม่ทราบสาเหตุ
- การคลอดที่เกิดจากการกระตุ้นให้มีการเจ็บครรภ์ (induction of labor)
- กระเพาะปัสสาวะโป่งมาก อาจรบกวนการหดตัวของมดลูกได้
- การหดตัวหลังคลอดไม่ดีโดยไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic atony)

2. ช่องทางคลอดผิดปกติ พบได้รองลงมาจาก uterine atony มักสัมพันธ์กับการคลอดที่รวดเร็วผิดปกติ (precipitate labor) และการทำหัตถการทางสูติศาสตร์อย่างยาก เช่น การดึงคีมอย่างยาก หรือการคลอดท่าก้นด้วยวิธี breech extraction หรือหัตถการทำลายเด็กหรืออาจเกิดจากการตัดแผลฝีเย็บไม่ถูกวิธี

3. เลือดออกจากตำแหน่งรกเกาะ (placental bed bleeding)

4. รกหรือเศษรกค้างในโพรงมดลูก

5. ความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด

- DIC (disseminated intravascular coagulation) เช่น จากภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ทารกตายในครรภ์ แท้งค้าง ซีดจากการติดเชื้อรุนแรง ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์และ amniotic fluid embolism เป็นต้น

- โรคเลือดต่าง ๆ เช่น ITP, aplastic anemia, มะเร็งเม็ดเลือดขาว เป็นต้น

- การได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น heparin

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร

2. ศึกษาสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร

3. ศึกษาน้ำหนักทารก อัตราทารกน้ำหนักน้อย และอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอดของทารกที่มารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด

4. ศึกษาการฝากครรภ์ อายุครรภ์ วิธีการคลอด การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด การรักษาและผลการรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร

5. ศึกษาเพื่อเสนอแนวทางการป้องกันและการรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด (Clinical Practice Guidelines)

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Study)

ได้ทำการศึกษาโดยรวบรวมข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์

ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2547-กันยายน 2548 จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดทั้งหมด 6,435 คน พบมีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก 72 คน

ภาวะตกเลือดหลังคลอด คือ เสียเลือดจากการคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 500 ml

ทำการศึกษาโดยรวบรวมข้อมูลของทารกที่มารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด

ผลการศึกษา

ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2547 ถึง 30 กันยายน 2548 มีหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรทั้งหมด 6,435 คน ทารกเกิดมีชีพ 6,498 คน ทารกเกิดไร้ชีพ 36 คน ทารกตายขณะคลอด 4 คน จากข้อมูลของโรงพยาบาลสมุทรสาคร อัตราตายของมารดา 2 คน คิดเป็นอัตรา 31 : 100,000 ของการเกิดมีชีพ อัตราตายปริกำเนิด 6.2 ต่อ 1,000 เกิดมีชีพ อัตราทารกแรกคลอดมีภาวะขาดออกซิเจน (APGAR \leq 7) ร้อยละ 2.6 และทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 7.3

จากการศึกษา

1. อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดโรงพยาบาลสมุทรสาคร (ตารางที่ 1)

พบ 72 คน คิดเป็นร้อยละ 1.12 เป็นตั้งครรภ์แรก 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.8, ตั้งครรภ์หลัง ไม่เคยคลอด 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.4, ตั้งครรภ์หลัง เคยคลอด 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 61 และตั้งครรภ์หลัง มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง (Grand multiparity) 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.8

2. หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดโรงพยาบาลสมุทรสาคร แล้วมีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (ตารางที่ 2)

ข้อมูล อายุ, อาชีพ, การศึกษา, เชื้อชาติ, ภูมิลำเนา และรายได้

โรคประจำตัวก่อนตั้งครรภ์ ไม่มีโรคประจำตัว

66 คน คิดเป็นร้อยละ 91.6 มีโรคประจำตัว 6 คน คิดเป็นร้อยละ 8.4

การฝากครรภ์ ไม่ฝากครรภ์ 9 คน (ร้อยละ 12.6) ฝากครรภ์ 63 คน (ร้อยละ 87.4) โดยฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร 35 คน (ร้อยละ 55.6), คลินิกของสูติแพทย์ 23 คน (ร้อยละ 36.5) และที่อื่น ๆ 5 คน (ร้อยละ 7.9) โดยฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง 30 คน (ร้อยละ 41.7) และฝากครรภ์ มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้ง 42 (ร้อยละ 58.3)

ภาวะแทรกซ้อนก่อนคลอด ไม่พบ 52 คน (ร้อยละ 72.2) พบภาวะแทรกซ้อน 20 คน (ร้อยละ 27.8) พบเป็นโลหิตจาง 10 คน ซึ่งเป็นโรคธาลัสซีเมีย 1 คน, ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ (Pregnancy-Induced Hypertension : PIH) 3 คน, ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด 3 คน, มีไข้ก่อนคลอด 1 คน, เลือดออกก่อนคลอด 1 คน และ ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง 1 คน

วิธีการคลอด คลอดปกติ 58 คน (ร้อยละ 80.5), คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ 9 คน (ร้อยละ 12.5), ผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง 2 คน (ร้อยละ 2.8), คลอดด้วยคีม 1 คน (ร้อยละ 1.4) และช่วยคลอดท่าก้น 2 คน (ร้อยละ 2.8)

3. การวินิจฉัยการรักษาและผลการรักษา (ตารางที่ 3)

การวินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอด มดลูกไม่หดตัว 47 คน (ร้อยละ 65.2), มีภาวะรกค้าง 20 คน

(ร้อยละ 27.8), การฉีกขาดของปากมดลูก 2 คน (ร้อยละ 2.8), การฉีกขาดของช่องคลอด 2 คน (ร้อยละ 2.8), และภาวะก้อนเลือดคั่งหลังการคลอดบุตร 1 คน (ร้อยละ 1.4)

การรักษา โดยคลึงมดลูกและให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก 41 คน (ร้อยละ 56.9), ล้างรก 10 คน (ร้อยละ 13.9), ล้างรกและขูดมดลูก 10 คน (ร้อยละ 13.9), ตัดมดลูก 6 คน (ร้อยละ 8.3), เย็บซ่อมแซม ปากมดลูก 2 คน (ร้อยละ 2.8), เย็บซ่อมแซมแผลฉีกขาดของช่องคลอด 2 คน (ร้อยละ 2.8) และผ่าตัดเพื่อเอา Hematoma ออก และเย็บแผลใหม่ 1 คน (ร้อยละ 1.4)

ผลการรักษา ต้องให้เลือด 25 คน (ร้อยละ 34.7) ไม่ให้เลือด 47 คน (ร้อยละ 65.3) จำหน่ายกลับบ้านได้ 70 คน (ร้อยละ 97.2) โดยทำหมันหลังคลอด 8 คน และเสียชีวิต 2 คน (ร้อยละ 2.8)

4. ทารกที่คลอดจากมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

เป็นทารกเพศชาย 36 คน (ร้อยละ 50), ทารกเพศหญิง 36 คน (ร้อยละ 50), ทารกคลอดก่อนกำหนด 5 คน (ร้อยละ 6.9) และทารกคลอดครบกำหนด 67 คน (ร้อยละ 93.1) น้ำหนักของทารก $\leq 1,000$ กรัม 1 คน (ร้อยละ 1.4), 1,500-2,000 กรัม 3 คน (ร้อยละ 4.2), $\geq 2,500$ -4,000 กรัม 65 คน (ร้อยละ 90.2) และ $> 4,000$ กรัม 3 คน (ร้อยละ 4.2) อัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจน แรกคลอด พบ 7 คน (ร้อยละ 6.9)

ตารางที่ 1 อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดโรงพยาบาลสมุทรสาคร

ลำดับการตั้งครรภ์ การแท้ง การคลอด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- ตั้งครรภ์แรก ($G_1 P_0$)	25	34.8
- ตั้งครรภ์หลัง ไม่เคยคลอด ($G_2 A_1$)	1	1.4
- ตั้งครรภ์หลัง เคยคลอด ($G_n P_{>1}$)	44	61
- ตั้งครรภ์หลัง ≥ 5 ครั้ง (Grand multiparity)	2	2.8

ตารางที่ 2 หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดโรงพยาบาลสมุทรสาคร แล้วมีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

กลุ่มที่ศึกษา (N = 72)

		จำนวน (คน)	ร้อยละ	
1. อายุ	- < 20 ปี	12	16.7	
	- 20-35 ปี	32	44.4	
	- > 35 ปี	28	38.9	
2. อาชีพ	- แม่บ้าน	5	6.9	
	- รับจ้าง	60	83.3	
	- ค้าขาย	4	5.6	
	- นักเรียน	1	1.4	
	- ไม่ทราบ	2	2.8	
	3. การศึกษา	- ไม่ได้ศึกษา	4	5.6
		- ประถมศึกษา	43	59.7
- มัธยมศึกษา		15	20.8	
- อนุปริญญา		2	2.8	
- บริญญาตรี		2	2.8	
- ไม่ทราบ		6	8.3	
4. - เชื้อชาติ		- ไทย	67	93
	- พม่า, มอญ	5	7	
	- ภูมิภาคอื่น	- สมุทรสาคร	53	73.6
		- กรุงเทพฯ	2	2.8
		- ต่างจังหวัด	12	16.7
	5. รายได้	- พม่า, มอญ	5	6.9
		- ไม่ทราบ	18	25
- ≤ 5,000 บาท/เดือน		5	6.9	
- 5,001-10,000 บาท/เดือน		45	62.5	
- ≥ 10,001-30,000 บาท/เดือน		2	2.8	
6. ประวัติโรครอื่น ๆ ก่อนตั้งครรภ์	- ≥ 30,001 บาท/เดือน	2	2.8	
	- ไม่มี	66	91.6	
	- Asthma	1	1.4	
	- ไทรอยด์เป็นพิษ	1	1.4	
	- Anemia	1	1.4	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

กลุ่มที่ศึกษา (N = 72)

		จำนวน (คน)	ร้อยละ
7. การฝากครรภ์	- DM, HT	1	1.4
	- ผ่าตัดจากอุบัติเหตุ	1	1.4
	- TB รักษาครบ	1	1.4
	- ไม่ฝาก	9	12.6
	- ฝาก	63	87.4
	- ฝากครรภ์		
	• รพ.สมุทรสาคร	35	55.6
	• คลินิกของสูติแพทย์	23	36.5
	• ที่อื่น ๆ	5	7.9
	- จำนวนครั้งของการฝากครรภ์		
• < 4 ครั้ง	30	41.7	
• ≥ 4 ครั้ง	42	58.3	
8. ภาวะแทรกซ้อนก่อนคลอด	- ไม่มี	52	72.2
	- มี	20	27.8
	• โรคโลหิตจาง (โรคธาลัสซีเมีย 1 คน)	10	
	• โรคความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ (Pregnancy-Induced Hypertension : PIH)	3	3
	• ภูมุน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด	1	
	• มีไข้ก่อนคลอด	1	
	• ลูกไม่ดิ้น	1	
	• เลือดออกก่อนคลอด	1	
	• ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง		
	- ไม่ได้รับยา	38	52.8
- ได้รับ Syntocinon (Oxytocin) ทางหลอดเลือดดำ	33	45.8	
- ได้รับ Dexamethazone ทางหลอดเลือดดำ	1	1.4	
10. วิธีการคลอด	- คลอดปกติ	58	80.5
	- คลอดโดยใช้เครื่องดึง สุญญากาศ (Vacuum Extraction)	9	12.5

ตารางที่ 2 (ต่อ)

กลุ่มที่ศึกษา (N = 72)

		จำนวน (คน)	ร้อยละ
11. ผู้ทำคลอด	- ผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง (Cesarean Section)	2	2.8
	- คลอดด้วยคีม (Forceps)	1	1.4
	- ช่วยคลอดท่าก้น (Assisted Breech Delivery)	2	2.8
	- พยาบาลห้องคลอด	36	50
	- นักศึกษาพยาบาล	16	22.2
	- สูติแพทย์	18	25
	- แพทย์เสริมทักษะ	2	2.8

วิจารณ์

ภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดโรงพยาบาลสมุทรสาคร ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2547 ถึง 30 กันยายน 2548 พบ 72 คน คิดเป็นร้อยละ 1.12 โดยทั่วไปพบร้อยละ 5-10 ของการคลอดทั้งหมด^{1,2,6,9} พบร้อยละ 4 ในการคลอดปกติ และร้อยละ 6 ในการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง⁷

พบเป็นตั้งครรภ์หลังเคยคลอด ร้อยละ 61 ตั้งครรภ์หลัง มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง (Grand multiparity) ร้อยละ 2.8 โดยทั่วไปถ้าตั้งครรภ์ มากกว่าหรือเท่ากับ 7 ครั้ง จะเพิ่มอุบัติการณ์ของ PPH 4 เท่า สาเหตุจากมดลูกไม่หดตัว โดยพบ ร้อยละ 2.7 ของการคลอดทั้งหมด พบร้อยละ 1.9 ในการตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้ง และพบร้อยละ 0.3 ในการตั้งครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง⁷

สาเหตุของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร พบเกิดจาก

1. มดลูกไม่หดตัว ร้อยละ 65.2 โดยทั่วไปพบ

เป็นสาเหตุ ร้อยละ 50-90^{1,2,3,8,10} ของการคลอด มักพบในรายมดลูก overdistended (polyhydramnios, multiple gestation, fetal macrosomia), มารดาอ่อนเพลีย (rapid or prolonged labor, chorioamnionitis) หรือการหดตัวไม่ดี (จากการได้ยา tocolytics หรือ ดมยาสลบ)⁸

2. มีภาวะรกค้าง ร้อยละ 27.8 โดยทั่วไปภาวะรกไม่คลอด มีสาเหตุ คือ

- รกลอกตัวช้า (delayed separation)
- รกค้าง (retained placenta)
- รกติด (placental adherens)³ ภาวะรกติด

คือ placenta accreta, increta และ percreta เป็นสาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอดที่รุนแรง แต่พบได้เพียงร้อยละ 0.025-0.04 ของการคลอด⁸

3. การบาดเจ็บของอวัยวะสืบพันธุ์ พบการฉีกขาดของช่องคลอดร้อยละ 2.8, การฉีกขาดของปากมดลูก ร้อยละ 2.8 และภาวะก้อนเลือดคั่งหลังการคลอดบุตร ร้อยละ 1.4 ไม่พบเกิดจากภาวะมดลูกแตก (rupture of uterus) ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้น้อย เพียง 1 ต่อ 3,000-1 ต่อ

ตารางที่ 3 การวินิจฉัย การรักษาและผลการรักษา ผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

		จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การวินิจฉัย	- มดลูกไม่หดตัว (Uterine Atony)	47	65.2
	- มีภาวะรกค้าง	20	27.8
	- ภาวะก้อนเลือดคั่ง หลังการคลอดบุตร (Puerperal Hematoma)	1	1.4
	- การฉีกขาดของปากมดลูก (Cervical Laceration)	2	2.8
	- การฉีกขาดของช่องคลอด (Vaginal Laceration)	2	2.8
2. การรักษา	- คลึงมดลูก และให้ยากระตุ้น การหดตัวของมดลูก	41	56.9
	- ล้วงรก (Placental Removal)	10	13.9
	- ล้วงรก และขูดมดลูก	10	13.9
	- ตัดมดลูก	6	8.3
	- เย็บซ่อมแซมปากมดลูก	2	2.8
	- เย็บซ่อมแซมแผลฉีกขาดของช่องคลอด	2	2.8
	- ผ่าตัดเพื่อเอา Hematoma ออก และเย็บแผลใหม่	1	1.4
3. ผลการรักษา	- ต้องให้เลือด	25	34.7
	- ไม่ให้เลือด	47	65.3
	• จำหน่ายกลับบ้านได้ (ทำหมันหลังคลอด 8 คน)	70	97.2
	• เสียชีวิต	2	2.8

1,200 ของการคลอดบุตร⁵ หรือร้อยละ 0.8⁶

ภาวะก้อนเลือดคั่งหลังการคลอดบุตร แบ่งได้เป็น

- Vulvar hematoma
- Vulvovaginal hematoma พบอุบัติการณ์ 1

ต่อ 1,000 ถึง 1 ต่อ 300 ของการคลอด

- Para vaginal hematoma พบอุบัติการณ์ 1

ต่อ 20,000 ถึง 1 ต่อ 3,500 ของการคลอด

- Subperitoneal hematoma ใช้ขนาดของ hematoma เส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 2.5 เซนติเมตร ปัจจัยเสี่ยง คือ Nulliparity, episiotomy และ การช่วยคลอดโดยคีม (forceps delivery)⁷

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก จากการศึกษ พบภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในผู้ป่วยอายุ 20-30 ปี ร้อยละ 44.4 มีการฝากครรภ์ น้อยกว่า 4 ครั้ง ร้อยละ 41.7 และมีภาวะแทรกซ้อนก่อนคลอด คือ ภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 13.9

- ภาวะโลหิตจาง คือ ค่าฮีโมโกลบิน ต่ำกว่า 10 กรัมต่อเดซิลิตรในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์⁶ ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อย

การรักษาก่อนคลอด ได้ยา Syntocinon ร้อยละ 45.8 ซึ่งเป็นสาเหตุให้มีการหดตัวไม่ดีหลังคลอด และมีภาวะตกเลือดหลังคลอดได้⁷

- วิธีการคลอด พบในการคลอดที่มีการช่วยคลอด โดยสูติศาสตร์หัตถการ ร้อยละ 19.5 โดยให้เครื่องดึง สูญญากาศ ร้อยละ 12.5 การช่วยคลอด โดยสูติศาสตร์ หัตถการ พบเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือด หลังคลอดทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{1,2}

- ผู้ทำคลอด โดยพยาบาลห้องคลอด ร้อยละ 50 สูติแพทย์ ร้อยละ 25 เพราะโรงพยาบาลสมุทรสาครมี สูติแพทย์เพียง 6 คน แต่ภาระงานมาก อัตราการคลอด 500-600 รายต่อเดือน จึงทำคลอดโดยพยาบาลห้องคลอด

เป็นส่วนใหญ่

- ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ในการคลอดทางช่องคลอดที่พบมากที่สุด คือ ระยะเวลาที่ใช้ในการคลอดรก (third stage of labor), ความดันโลหิต สูงจากการตั้งครรภ์ (preeclampsia) และ mediolateral episiotomy⁹

- ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง คือ การใส่ยาสลบ, am-nionitis และความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์⁹

- ผลการรักษา เสียชีวิต 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.8 ของผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดระยะแรกเป็นสาเหตุการ ตายทั้งหมดของมารดาในปี 2548 คิดเป็นอัตราการตายของ มารดา 31 ต่อ 100,000 ของการเกิดมีชีวิต ซึ่งเป้าหมายของ แผนพัฒนาด้านอนามัยแม่และเด็ก ฉบับที่ 9 ต้องไม่เกิน 18 ต่อ 100,000 ของการเกิดมีชีวิต¹³

โรงพยาบาลสมุทรสาครได้พัฒนาคุณภาพกลุ่มงาน สูตินรีเวชกรรม ได้จัดทำ Clinical Practice Guidelines (CPG) เรื่องแนวทางการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยตก เลือดหลังคลอด เพื่อลดปัญหาการตกเลือด หลังคลอด และลดอัตราการตายของมารดา

สรุป การตกเลือดหลังคลอด เป็นสาเหตุสำคัญของ การตายของมารดาในสูติกรรม ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร พบเป็นสาเหตุการตายของมารดาถึง 2 ราย

การตกเลือดหลังคลอด สามารถป้องกันได้ ดังนั้น

แพทย์และพยาบาลทุกคนจะต้องมีความรู้ความเข้าใจถึง การวินิจฉัย การดูแลรักษา และการป้องกันภาวะนี้ และ สามารถปฏิบัติได้ เป็นอย่างดีเพื่อลดการตายและทุพพล ภาพในมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด Early PPH

General Treatment

First Aids Resuscitation.

1. ให้ IV Fluid เปิดเส้นด้วยเข็มเบอร์ 18 Ringer Lactate Solution 1000cc + Oxytocin 10-20 unit

2. ส่งเลือด เพื่อ Cross match อย่างน้อย 2 unit

3. ควรทำ VCT เพื่อเป็น baseline สภาวะการ แข็งตัวของเลือด ทำได้ง่าย โดยการเจาะเลือดใส่ Test tube 2 หลอด หลอดละ 1 cc label หลอดไว้เป็นหลอด แรกและหลัง ให้ถือไว้ในอุ้งมือ (แทน water bath)

- จับเวลาดูช่วงที่เลือดแข็งตัว อ่านผลที่หลอด ที่ 1 เป็นหลัก **ปกติไม่ควรนานกว่า 15 นาที**

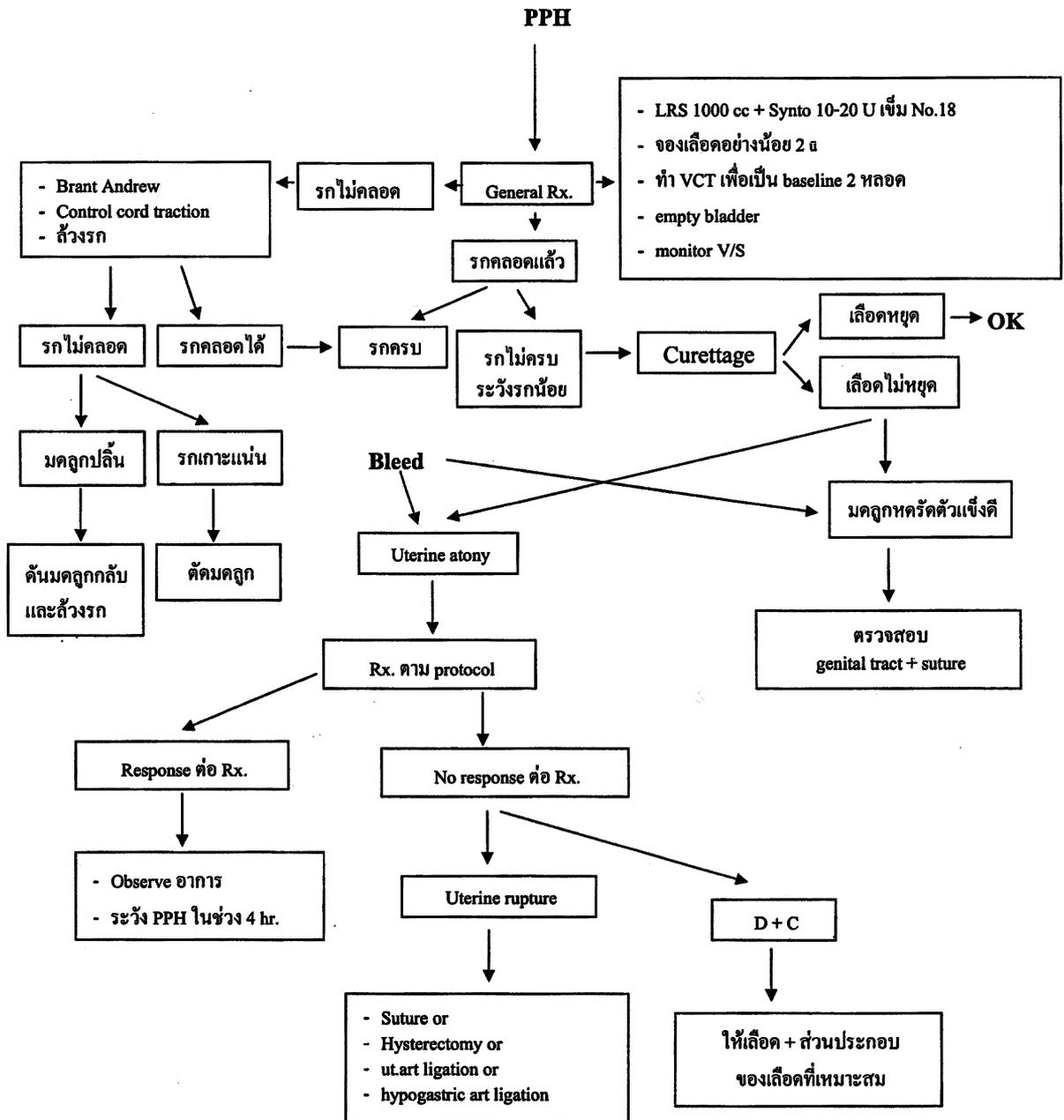
- นอกจากนั้นต้องดูที่ Stability ของ clot ที่ เกิดขึ้นด้วย ถ้ามีการแข็งตัวของเลือดในเวลา < 15 นาที แต่ clot form ไม่ดี การแตกของ clot เวลาเขย่าต้อง คำนึงถึงภาวะ DIC ไว้

- ส่วนหลอดที่ 2 ใช้เป็น control เนื่องจาก เวลาเจาะเลือดเข็มจะไป activate coagulation factor ให้ ทำงานก่อนบางส่วน เวลาดูดเลือดเข้า Syringe เลือดส่วน นี้จะถูกดูดเข้าไปอยู่ส่วนในของ Syringe ส่วนเลือดที่ไม่ได้ มีการปนเปื้อนของ activating factor จะอยู่ที่ส่วนปลาย ของ Syringe เวลาใส่ในหลอด test tube ส่วนที่มี ac-tivating factor ก็จะไปอยู่ที่หลอดที่ 2 ฉะนั้นเลือดในหลอดที่ 2 จะแข็งตัวเร็วกว่าหลอดที่ 1 ด้วยเหตุผลดังกล่าว

4. empty กระเพาะปัสสาวะ เป็นการป้องกันภาวะ uterine atony

5. Monitor Vital Sign

CPG การดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลสมุทรสาคร



การตรวจรก

การตรวจรกว่าครบหรือไม่เป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติด้วยความละเอียดถี่ถ้วน โดยเฉพาะ

1. ส่วนที่เป็นรกด้านแม่ Chorion ให้ตรวจดูอย่าง

ละเอียดว่ามีส่วนขาดหายไปหรือไม่ ถ้าไม่ครบจะได้ทำการชุดมดลูก

2. ต้องตรวจรกด้านลูก Amnion ดูว่า membrane ขาดหายไปหรือไม่

3. เน้นที่เส้นเลือดที่วิ่งจากสายสะดือ ถ้าวิ่งถึงขอบรกแล้วหายไป ให้คิดถึงภาวะที่มีรกรน้อยค้างอยู่ในโพรงมดลูก

การตรวจสภาพ Genital tract

ส่วนสำคัญที่ต้องมีในจุดนี้คือ

1. ไฟต้องสว่างมากพอในการหาจุด bleeding และต้องมีการ expose ที่ดี จึงต้องมีผู้ช่วย คอยถือ retractor ในการ expose operation field โดย

2. เริ่มจากการตรวจปาก Cervix ว่ามีการฉีกขาดหรือไม่ การขาดของ Cervix ไม่จำเป็นเสมอไปว่าจะเกิดจากการคลอดด้วยเครื่องมือ บางครั้งการคลอดปกติก็มีการ tear ของ Cervix ได้ ส่วนมากมักขาดบริเวณ 3 & 9 นาฬิกา

3. ถ้าตรวจแล้วไม่มีการ tear ของ Cervix ก็ต้องตรวจที่ Lateral wall ของ Vagina และบริเวณใต้ urethra ซึ่งเป็นจุดที่พลาดในการหาบ่อย เนื่องจาก retractor จะบังจุดนี้ไว้ ตลอดจนแผล episiotomy

4. ตรวจดูว่าเย็บแผล ครอบ Apex ของแผลหรือไม่ หรือมี active bleeding จาก vaginal artery บริเวณขอบแผลที่เย็บไม่ครบคลุม หรือมี Hematoma ที่แผล ซึ่งถ้าพบจุดใดที่กล่าวมา ก็ทำการเย็บซ่อม

การรักษา Uterine Atony

1. Mechanical Treatment คลึงมดลูกให้หดตัว

2. Medical treatment.

- ให้ Oxytocin 20 unit ใน Normal saline solution หรือ RLS 1000 cc IV drip

- ให้ Methergin 0.2 mg IV push ถ้ามดลูกยังไม่ค่อยแข็งภายใน 10-15 นาที ให้ได้อีก 2 dose ถ้ารวมแล้ว 3 dose ไม่ response

- พิจารณาเปลี่ยนเป็น Nalador® (Sulprostone 500 ไมโครกรัม) IV drip ใน 1 ชั่วโมง แต่ต้องระวังเรื่อง BP เพราะ Nalador อาจทำให้หลอดเลือดดำขยายตัวทำให้ BP drop เพราะฉะนั้นต้องระวังในกรณีที่มี

ความดันโลหิตต่ำ และอาจทำให้มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลวได้

- ถ้าไม่มี Nalador เพราะราคาแพง อาจพิจารณาใช้ Cytotec® (Misoprostol) 2-3 เม็ด เน้นบหวารหนัก ก็ได้ผลเช่นกัน

3. หลังแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดได้แล้ว อย่าลืม retain Foley's Catheter เพื่อ empty bladder เป็นการป้องกันไม่ให้มีภาวะ uterine atony ที่เป็นสาเหตุหลักของภาวะตกเลือด

4. ให้สังเกตอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 2 ชั่วโมง ก่อนย้ายกลับหอผู้ป่วยหลังคลอด โดย Check vital sign ทุก 15 นาที และดูเรื่อง bleeding ทางช่องคลอด

5. ขณะเดียวกันให้ดู Urine output ด้วยว่าไม่มีปัญหาของ renal failure จากภาวะตกเลือด

6. Surgical treatment เป็นทางเลือกสุดท้ายในกรณีที่การรักษาด้วยวิธีอื่นล้มเหลว

เอกสารอ้างอิง

1. ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, วินิต พัวประดิษฐ์. การตกเลือดหลังคลอด. ใน : ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, วินิต พัวประดิษฐ์, สุรศักดิ์ สุานีพานิชสกุล, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์รามาธิบดี 1. ฉบับนิพนธ์ครั้งที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ไอลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด ; 2539. หน้า 375-87.
2. ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, วินิต พัวประดิษฐ์, กำแหง จาตุรจินดา. การตายของมารดา. ใน : ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, วินิต พัวประดิษฐ์, สุรศักดิ์ สุานีพานิชสกุล, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์รามาธิบดี 1. ฉบับนิพนธ์ครั้งที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ไอลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด ; 2539. หน้า 35-58.
3. สุพัตรา ศิริโชติยะกุล. การตกเลือดหลังคลอด. ใน : ชีระ ทองสง, ชเนนทร์ วนาภิรักษ์, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : พี. บี. ฟอเรน บুকส เซนเตอร์ ; 2541. หน้า 234-42.

4. ชัยรัตน์ คุณาวิศิกุล. การตายของมารดาและทารก. ใน : ธีระ ทองสง, ชเนนทร์ วนาภิรักษ์, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : พี. บี. ฟอเรน บุ๊คส เซ็นเตอร์ ; 2541. หน้า 658-62.
5. มงคล เบญจภิบาล, อัมพันธ์ เฉลิมโชคเจริญกิจ. การบาดเจ็บของอวัยวะสืบพันธุ์ทางสูติกรรม. ใน : มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ, สิงห์เพชร สุขสมปอง, มงคล เบญจภิบาล, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : บริษัท พี. เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด ; 2544. หน้า 285-93.
6. พีรพงศ์ อินทศร, ประเสริฐ ศันสนีย์วิทยกุล. ความผิดปกติทางโลหิตวิทยา ขณะตั้งครรภ์. ใน : มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ, สิงห์เพชร สุขสมปอง, มงคล เบญจภิบาล, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : บริษัท พี. เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด ; 2544. หน้า 477-90.
7. Cuningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC III, Wenstrom KD, John C. Hauth, editors. Williams Obstetrics. 21st ed. New York : McGraw-Hill, 2001 : 635-69.
8. Gary A. Dildy III. Postpartum Hemorrhage : New Management Options. In : Larry C. Gilstrap III, editors. Clinical Obstetrics and Gynecology. 1994 ; 37(4) : 330-44.
9. Drife J. Management of primary postpartum haemorrhage. Br J Obstet Gynaecol. 1997 ; 104 : 275-77.
10. ELmar P. Sakala. Postpartum hemorrhage. In : Elizabeth Nieginski, Emilie Linkins, Murette D. Magargle-Smith, editors. Obstetrics and Gynecology. 2nd ed. United States of America : Lippincott Williams & Wilkins ; 2000. P 211-8.
11. Larry C. Gilstrap III, Susan M. Ramin. Postpartum Hemorrhage. In : Steven G. Gabbe, James R. Scott, editors. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2002 ; 45(2) : P 824-30.
12. Clark SL, Yeh SY, Phelan JP, Bruce S, Paul RH. Emergency hysterectomy for obstetric hemorrhage. Obstet Gynecol. 1984 ; 64 : 376-80.
13. โครงการอนามัยแม่และเด็ก ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549). กองอนามัยครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข.